Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1881 de 2013

ASOCIACIÓN URUGUAYA DE ALZHEIMER Y SIMILARES
ver exposición

ASOCIACIÓN DE FUNCIONARIOS DE INSPECCIÓN Y TECNOLOGÍA DEL MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 8 de octubre de 2013

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Daniel Bianchi.
MIEMBROS:	Señores Representantes Heber Bousses, Antonio Chiesa Bruno, Daniel Radío y Berta Sanseverino.
INVITADOS:	Por la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares, Victoria Repiso, Presidenta; Nancy Secco, Myriam Stern y psicólogo Robert Pérez. Por la Asociación de Funcionarios de Inspección y Tecnología, señores Julio Teixeira, doctor Nelson Coitinho, doctor Roberto Langon, Carlos Rey, Walter Pereyra y Danubio Gómez.

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida a las señoras Victoria Repiso, Presidenta; Nancy Secco, Vicepresidenta; Myriam Stern, y al psicólogo Robert Pérez, a quienes cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA REPISO.- El tema que nos convoca es el alzheimer y también el hecho de contar con una asociación como apoyo para las personas con demencia y sus familiares. Nos congrega también -ya habíamos conversado al respecto en anteriores oportunidades- que no contamos con una red de contención por parte del Estado. Es decir, no tenemos redes que nos aporten, por lo menos, un diagnóstico en sus primeras etapas y un tratamiento eficaz para contener y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y su familia.

Para nosotros, es prioritario que este año se empiece a trabajar en políticas públicas, a fin de caminar juntos. Obviamente nos ofrecemos a ello. En abril del año pasado hubo un mensaje bien explícito de la Organización Mundial de la Salud para que se declare como prioridad en salud. Sabemos, por boca de las familias, que realmente tienen problemas a la hora de ir al médico, o de no ir al médico. A veces, las familias demoran

bastante en ir, porque piensan que es algo normal del envejecimiento, y esto perjudica la progresión de la enfermedad. No sabemos qué cantidad de personas están afectadas en Uruguay, lo que sería útil para establecer estrategias. Ese el resumen de por qué estamos aquí.

SEÑORA SECCO.- Dentro de la Asociación coordino un centro de día y también soy orientadora de familiares. A través de todo eso conocemos las necesidades de los familiares, porque se trata de una enfermedad que no es de uno solo, sino que está el enfermo y el núcleo familiar. Existe una falta importante de apoyo institucional. Tampoco tienen contención alguna desde el punto de vista de los médicos. No está organizado. No hay un equipo interdisciplinario de contención ni para el familiar ni para el paciente. Lo que hacemos en el Centro tiene relevante importancia porque realizamos la contención a quien padece la enfermedad y, además, a sus familiares. La palabra "alzheimer" de por sí da miedo, rechazo, dolor; un montón de cosas que hacen que la gente, en lugar de apoyar, se eche hacia atrás.

A partir de nuestra experiencia adquirida en este centro, pensamos que el día que los centros se multipliquen será muy bueno para el paciente, ya que estará contenido, apoyado, estimulado; estará con sus pares y tendrá calidad de vida, porque se iría enlenteciendo la enfermedad. Muchas veces, los familiares tienen que dejar de trabajar para ser cuidadores y únicos cuidadores, porque sucede que alguno de los hijos no puede ver al padre o a la madre así, por lo tanto el trabajo recae solamente en uno. En el centro también se brinda calidad de vida para el cuidador.

Realicé esta exposición para que ustedes supieran también cómo vive el cuidador y por qué nosotros estamos realizando este trabajo; para que se empiece a pensar cómo se pueden organizar y gestionar centros de apoyo para cuidadores y familiares a la vez, porque hablar del paciente es también hablar de las repercusiones de su enfermedad. Además, si no se hace algo al respecto, serán dos los enfermos, porque el estrés, el agotamiento, la culpa y la impotencia va afectando a la persona que está a su cuidado.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Están tratando de formar un centro?

SEÑORA SECCO.- No, ya está funcionado un centro de día en la Asociación, en un lugar chico, en donde caben diecisiete personas por turno, porque estamos trabajando en la Liga Uruguaya que nos cedió un espacio para funcionar. Solamente podemos absorber a aquellos pacientes que están en las primeras etapas. Sería bueno ir extendiéndonos más, para aliviar al cuidador, con profesionales especializados en la materia.

Quiero agregar que lo que los resultados que se han logrado con ese trabajo, con personas especializadas y con dedicación y amor a lo que se hace, son increíbles. Nosotros no lucramos; simplemente, se autofinancia con el aporte de los familiares. Se trata de una asociación pequeña, que no tiene apoyo ninguno. Contamos con becas y hay algunos que no pagan la cuota, porque no pueden hacerlo, y nos daría mucha pena que concurrieran.

SEÑOR BOUSSES.- ¿Cuántas personas atienden en el centro?

SEÑORA SECCO.- Dieciocho en la tarde y dieciséis en la mañana. También estamos llenando los grupos de autoayuda con familiares de las personas que van a las consultas, lo que es sumamente importante, porque les da elementos para transitar esta enfermedad.

SEÑORA SANSEVERINO.- Hemos tenido contactos anteriores y participé, precisamente, en una de las actividades, en las que se informaba sobre el centro diurno.

Los temas son muy amplios, pero me gustaría avanzar en algunas cuestiones, a riesgo de no tratar toda la complejidad de la situación.

Se está priorizando el tema de la salud; fue una de las líneas estratégicas que marcó el Ministerio de Salud Pública. Quisiera saber qué avances hubo al respecto, qué líneas se trabajaron, etcétera.

En cuanto a cuestiones más concretas, quiero referirme al punto 6 -"Establecer políticas, programas y legislación"- que dice: "Incluir a las personas con demencia en los regímenes de prestación de invalidez". Concretamente, quisiera saber qué quiere decir eso, porque consulté al BPS y me dijeron que cuando las personas tienen alzheimer y es considerado una demencia tienen la pensión por invalidez. Digo esto para encontrar la solución, mejorar, y poder dialogar con el BPS y con el Ministerio de Salud Pública sobre temas concretos, a fin de que no haya distorsión en la información.

SEÑOR PÉREZ.- Para nosotros es muy importante esta instancia

Tenemos dos objetivos; ustedes verán después si los podemos cumplir. Uno es informar a esta Comisión de una situación que va a estallar en los servicios sociales y de la salud -ya está sucediendo- si no se toman medidas con respecto al tema de las demencias. El otro objetivo es plantearles la necesidad de que este país comience a elaborar un plan nacional de abordaje de las demencias y ponernos a disposición para trabajar de manera académica, como técnicos, como asociación de familiares, como Universidad de la República. Yo pertenezco a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en donde estamos realizando trabajos de investigación en conjunto con la asociación de familiares.

Respondiendo a la pregunta de la Diputada Sanseverino, quiero decir que, si bien las demencias existieron toda la vida, como un problema de salud en el mundo aparece a partir de los años cincuenta, cuando el mundo empieza a envejecer.

Nuestro país tiene un perfil poblacional cada vez más envejecido, por suerte. Digo "por suerte"; esto porque quiere decir que hay éxito en las políticas para que la gente viva más años. El problema es con qué calidad de vida lo hacen.

Hoy en día, después de Cuba, Uruguay es el país más envejecido de la región. Es clarísimo el perfil para el 2030: habrá tantos menores de quince años como mayores de sesenta. O sea que por cada menor de quince años habrá un mayor de sesenta. El perfil de las estadísticas es que habrá un envejecimiento; que el grupo más viejo -o sea el de ochenta años y más- va a envejecer más y que habrá más mujeres, y viviendo solas. Si eso lo cruzamos con que las demencias duplican su incidencia y prevalencia cada cinco años a partir de los sesenta -2% a los sesenta y cinco, 4% a los setenta, y así hasta el 45% a partir de los noventa años- tenemos claramente un tema de salud pública. No hay muchos estudios todavía en el mundo al respecto.

El año pasado, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Alzhemeir, a la cual pertenecemos como Asociación de Familiares de Uruguay, elaboraron un documento, a través del cual instan a los gobiernos del mundo a declarar la demencia una prioridad de salud publica. Ese documento está "on line"; pueden acceder a él.

Nosotros trajimos material a la Comisión: simplemente dos recortes que hicimos muy brevemente. Uno es un trabajo que presentamos en un coloquio. Creemos que no está bueno comentar materiales que escribimos nosotros mismos pero, en realidad, es la única sistematización que encontramos para el tema de las demencias en el país, ya que no tenemos datos, solo estudios aproximativos como la encuesta SABE, en su momento, el Estudio Epidemiológico del Cerro y los datos internacionales. Pero podemos calcular que en nuestro país hay entre treinta mil y cincuenta mil personas con demencia. También tenemos problemas con el diagnóstico y en la utilización de servicios y además, un grave problema en la capacitación de recursos humanos. Varios de ustedes son médicos y conocerán que en la formación de grado de los médicos, de los psicólogos, de los trabajadores sociales y de las licenciadas en enfermería aparece muy poco el tema de la demencia. A lo sumo, se ve más en algún posgrado en geriatría concretamente, neurología o psiquiatría; depende de las orientaciones.

En cuanto a lo planteado por la Diputada Sanseverino sobre el punto 6, quiero decir que se trata de una declaración general de Kyoto del año 2004, que orienta hacia dónde debería ir una política, y que no está aplicada específicamente a nuestro país. Contiene diez áreas prioritarias para abordar las demencias que se planteaban en 2004, están divididas teniendo en cuenta los diferentes recursos -bajo, medio y alto ingreso- que dispone cada país. Nosotros seleccionamos los de bajos y medios ingresos, pero no están aplicadas específicamente a nuestro país. En el otro texto sí hay algunas recomendaciones o sugerencias que sin duda hay que revisar, pero que están aplicadas a nuestro país.

Hoy en día, solamente once países en el mundo tienen planes de demencia y afortunadamente en latinoamérica empiezan a aparecen algunas propuestas. Bolivia, por ejemplo, tiene su Plan Nacional de Demencia desde el año 2009, a pesar que de todavía no ha podido desarrollarlo plenamente; Perú lo definió este año, y hay propuestas de creación en Argentina y Chile, a consideración del Parlamento- y otras en Costa Rica y en México.

En algún momento esto va a estallar acá. Lo que planteamos es elaborar un plan de abordaje de las demencias. Se calcula que el 1% de PBI del mundo se dedica a gastos directos de la demencia. Y ahí no están los costes indirectos que recaen sobre las familias. lo que redunda en pérdida de trabajo, de horas y, sobre todo, en mucho sufrimiento psíquico, en calidad de vida. En realidad, si hubiera un plan de abordaje, con capacitación de recursos humanos se podría revertir esta situación. Además, está demostrado -por lo menos así lo plantean los documentos de ADI- que en el mediano y largo plazo esto abarataría los costos de la asistencia. Entonces, considerando que estamos en plena reforma de la salud, creemos que es necesario empezar a abordar este tema capacitando al sector de atención primaria en salud, ya que la detección temprana de la enfermedad es clave.

Asimismo, se está trabajando en el exceso de discapacidad de la enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo, los ingleses, que han desarrollado políticas de avanzada en el tema, están trabajando en este aspecto y en el concepto de atención centrada en la persona con pautas de evaluación, lo que ha indicado que el exceso de discapacidad con respecto a esta enfermedad se da en las instituciones, o por el estigma social, que es algo sobre lo que se está trabajando mucho.

Por supuesto, nos queda mucho camino por recorrer en este tema, ya que está ocurriendo lo mismo que sucedió en su momento con el HIV y el cáncer, enfermedades con un gran estigma social. Como recordarán, si una persona tenía HIV -sida o cáncer, eso no se podía decir, y hoy estamos en esa etapa respecto a las personas que tienen demencia. Y quien sufre esta enfermedad tiene aspectos más enfermos y más sanos, pero el exceso de discapacidad, principalmente, está dado por el estigma social y la falta de capacitación, que lleva a la reclusión del enfermo, tal como pasó históricamente con la locura. Por lo tanto, la reclusión y el encierro terminan siendo, por defecto, la solución existente pero, en realidad, podría haber otro mundo en cuanto a la calidad de vida de personas que padecen esa enfermedad. Tal es así, que a los congresos internacionales de ADI concurren personas con demencia a plantear su situación, por lo que es necesario que este tipo de enfermedad tenga un enfoque de derechos humanos, ya que un paciente con demencia tiene derecho a saber lo que le está pasando y a tomar decisiones que dentro de cinco o diez años no podrá asumir como, por ejemplo, qué hará con sus bienes, qué hará con su salud o qué tipo de tratamientos médicos quiere recibir. Por supuesto, actualmente eso es algo impensado, porque la persona con demencia queda anulada debido al exceso de discapacidad existente.

Por todo lo dicho plantemos nuestra propuesta y nos ofrecimos a trabajar con los señores Diputados para a empezar a pensar un plan nacional de demencia.

SEÑORA REPISO.- La señora Diputada Sanseverino preguntó si en algún momento tuvimos contacto con el departamento de salud mental del Ministerio de Salud Pública. En realidad, lo tuvimos, y se llevó a cabo a finales de 2011. Por supuesto, no tenía una política pública para la demencia, aunque sí para la esquizofrenia y la bipolaridad. En aquella oportunidad explicamos nuestra situación, y el licenciado que nos recibió nos dijo que no tenía mucho para decir pero que íbamos a empezar a trabajar al año siguiente. Luego de eso intenté contactarme con el licenciado en varias oportunidades, ya sea por teléfono o por mail, pero hasta el día de hoy no sabemos nada sobre el tema.

De cualquier manera, sabemos que alguna evolución ha tenido, no porque nosotros hayamos concurrido, sino motivado por otras personas que están dentro del Ministerio. Lo que nosotros pedimos fue que, en primera instancia, se tuviese en cuenta el "aggiornamiento" de los médicos de medicina general o de familia para atender a una persona con demencia, ya que hay que enseñar a los médicos a hacerlo porque, lamentablemente, la Facultad de Medicina no brinda ese adiestramiento. Nosotros pedimos esto para no escuchar a un médico decir -como ocurre tantas veces-: "Su familiar es muy viejito y alguna cosa debe tener; le tocó esta como cualquier otra enfermedad". Entonces, en esos casos solo se puede llevar a la persona a su casa y convivir con la situación, cuando se sabe que hay medicación buena, la cual marca una diferencia importante en la calidad de vida del enfermo.

El 9 de este mes tenemos una reunión, ya que es importante contar con protocolos de actuación para esta enfermedad desde su inicio, es decir, desde que el paciente consulta con el médico. Esto es importante para que los médicos actúen de igual forma, haciendo un buen diagnóstico e implementando tratamientos, y al parecer el día 9 se institucionalizará una Comisión multidisciplinaria para empezar a hablar sobre el protocolo. Por ahora eso es lo único que podemos decir al respecto.

SEÑORA SANSEVERINO.- Quisiera saber quién estará a cargo de la reunión que tendrá lugar el 9 de octubre.

SEÑORA STERN.- La reunión se realizará con la Comisión del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, el sociólogo Ricardo Alberti y el Director Ariel Montalbán.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece la presencia de la delegación.

SEÑORA REPISO.- Estamos a sus órdenes para trabajar en conjunto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación Uruguaya de Alzheimer)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Funcionarios de la Inspección y Tecnología del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a una delegación de la Asociación de Funcionarios de la Inspección y Tecnología del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, integrada por su Presidente, señor Julio Teixeira, los doctores Roberto Langon y Nelson Coitinho, y los señores Carlos Rey, Walter Pereyra y Danubio Gómez.

Solo quiero informar a los integrantes de la delegación que a la hora 15 tenemos sesión de Cámara, por lo que tenemos poco tiempo.

SEÑOR TEIXEIRA.- En primer lugar, agradezco a los integrantes de la delegación por habernos recibido y darnos la oportunidad de plantear los riesgos de salud laboral que tenemos la funcionarios de la Inspección en las plantas, en el cumplimiento de nuestra tarea.

El doctor Mangón va a referirse específicamente a los riesgos de salud que tenemos los funcionarios, ya que conoce la temática a fondo debido a su condición de técnico.

Nosotros trajimos unas fotos que ilustran el ambiente en el que trabajamos, lo que conlleva riesgos para nuestra salud debido a la contaminación existente en esos lugares.

SEÑOR MANGÓN.- Soy médico veterinario de la Inspección y pertenezco a la Asociación de Funcionarios.

Antes de comenzar mi exposición quiero decir que entregué a la Secretaria de la Comisión, ya que sabemos que tienen poco tiempo, un informe muy completo del Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en donde están indicadas absolutamente todas las zoonosis que existen en el mundo, que son las enfermedades de los animales que se trasmiten al hombre.

Antes de venir a esta Comisión mantuvimos una entrevista con la Comisión de Legislación del Trabajo, a la que concurrimos por motivos muy similares a los que plantearemos a continuación. Por esa razón, voy a referirme en forma sintética -elaboré un resumen- a la salud ocupacional y a los problemas que inciden en los frigoríficos o mataderos; la señora Secretaria también tiene una fotocopia del resumen al que haré referencia.

Para que los señores Diputados comprendan mejor a qué me estoy refiriendo, dividí el tema en tres puntos. El primero de ellos tiene que ver con la zoonosis, sobre lo que no me extenderé, ya que debemos ser breves,

según lo manifestado por el señor Presidente de la Comisión. En realidad, si hablara sobre zoonosis debería hacer referencia a brucelosis y tuberculosis y se me iría el tiempo solo en eso y no ganaríamos nada. Sin duda, los señores Diputados pueden informarse sobre el tema muy bien.

El otro punto a que quiero hacer referencia son las consecuencias negativas para la salud de las condiciones físicas del trabajo. Por ejemplo, un corte en un frigorífico es algo común, y se debe a las condiciones intrínsecas del trabajo, como así también un resbalón por un trozo de grasa. De todos modos, no voy profundizar en este tema porque tenemos poco tiempo.

En realidad, lo que a nosotros nos interesa -y debe interesarle a todos como orientales- es que se están dando condiciones psicosomáticas negativas debido al acoso laboral llevado a cabo por las jerarquías del Ministerio. Como ustedes saben, las jerarquías conforman una pirámide, y el trabajador de menor grado está padeciendo acoso laboral, y voy a explicar por qué.

En primer lugar, porque hay un déficit impresionante de personal. En realidad, todos los establecimientos frigoríficos están trabajando, prácticamente, de manera virtual, no real. Digo esto porque nosotros soportamos alrededor de doscientas auditorías al año, y lo que se pide en esas ocasiones son los papeles firmados. Por ejemplo, en una playa de faena debe haber un mínimo de cinco empleados, pero en algunos frigoríficos de primerísima línea, en lo que se mata entre mil y mil doscientas vacas por día, solo se cuenta con uno o dos personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Usted se refiere a empleados de los frigoríficos o de la Inspección?

SEÑOR MANGÓN.- Me refiero a funcionarios del Ministerios, pero su pregunta es muy oportuna, ya que a la falta de personal oficial debemos agregar las condiciones laborales que tienen los empleados de los frigoríficos. Por ejemplo, esos empleados no cobran por hora, sino por rendimiento, lo que conspira contra nosotros, ya que sucede lo mismo que en la película "Tiempos Modernos" de Chaplín. Entonces, esa situación ocasiona -estamos en la una Comisión de Salud y cualquiera de sus integrantes lo debe saber- tendinitis, porque el empleado debe trabajar todo el tiempo.

Además, a la falta de personal se le suma que los empleados tienen más de cincuenta años, lo que lleva a que les estén fallando los órganos vitales. Por ejemplo, falleció un trabajador en la plataforma de Salto; le dio un infarto trabajando y cayó al suelo. No quiero hacer terrorismo verbal, pero esa es la realidad, porque normalmente había reposición. Para que tengan una idea, la función de inspección es una autopsia sistematizada. No se trata de la autopsia que realiza el médico forense que tiene todo el tiempo del mundo. No, esto es: "Dale que va"; hay que ir a las cosas importantes que estén indicando en las distintas secciones -en el desosado, en las contaminaciones; no únicamente en la faena- si eso es apto para consumo. Además voy a decir algo que muy poca gente sabe -no tiene por qué saberlo-: una de las grandes transformaciones que sufrió la inspección fue debido a los astronautas. Cuando hicimos el curso y el técnico nos explicó eso, abríamos los ojos. Imagínense lo que sería una diarrea o un vómito en una cápsula espacial. Hoy en día, la contaminación en los alimentos es el problema número uno. Lo fueron las enfermedades transmisibles, pero ha habido muy buen trabajo con respecto a la sanidad en campo, no por parte del agropecuario -vamos a dejarlo bien clarito- sino por las exigencias que en su momento existieron -que no fueron las de la dictadura. A partir del sesenta y tres empezamos a trabajar para eliminar la brucelosis bovina y la tuberculosis, y las eliminamos. Desgraciadamente, como no se siguieron las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, cuando se llegó a las milésimas de prevalencia de las enfermedades no se siguió aplicando otros sistemas, como tomar muestras en los frigoríficos. Hoy en día, tenemos los problemas que todos ustedes conocen, como la aparición de brucelosis en Rocha y la reaparición de la tuberculosis a nivel humano.

Algo que quedó del acoso laboral: no es que sea maldita la persona que lo aplica sino que está sometiendo a una presión tan grande, precisamente por esa auditoría, que los papeles tienen que estar sí o sí. Pide lavado de camiones y si no está el documento firmado por el funcionario, marcha a la B.

La otra vergüenza nacional es que nuestro sector trabaja 12 horas por día sin descansar ni sábado ni domingo. Y esto no fue obra de la dictadura. Esto arrancó en la anterior República, eliminándose el sistema de horas extra e implementándose el de estar a la orden, pero no como sucede con un funcionario del Poder Ejecutivo que está en su casa; no, en el lugar. El compañero que está a mi lado entró a trabajar ayer a las 23 y 50 y salió a las 12 del mediodía de hoy. Estamos en 2013. Pienso que los que mataron en Chicago fue al santo botón.

Porque si hay algo que no se discute son las ocho horas. No existe; en nuestro sector no existen las ocho horas. Por lo tanto, de ahí para delante hablar de enfermedades es tonto, porque no hay cuerpo que aguante.

Desde que se aprobó la ley en 1996, no hemos conseguido que se reglamente, para que por lo menos se cumpla lo que la OIT exige: contar con un día libre por semana. No el domingo, cualquier día. Se debe trabajar seis días y descansar uno. Eso es lo que la OIT exige y nosotros no lo tenemos.

Estoy exponiendo apresuradamente por lo que el señor Presidente manifestó. Rogaría que me preguntaron cualquier duda que tengan sobre lo que he expresado o sobre lo que no he expresado.

SEÑOR TEIXEIRA.- Hoy contamos con cuatrocientos veintidós trabajadores en la industria, para ciento ochenta plantas habilitadas. Podrán darse cuenta de cuál es el problema.

Cuando vinimos a la Comisión de Legislación del Trabajo en setiembre de 2012, éramos cuatrocientos setenta y nueve empleados. El déficit es de cincuenta y algo de personas por año, y no ingresan nuevos.

En 2008 ingresaron cuarenta empleados nuevos, más los que pasaron de sanidad, que no tengo la cifra. Pero eso les da la pauta de cómo se viene, diaria, mensual y anualmente bajando la cantidad de trabajadores por fallecimiento, por enfermedades, por jubilación, etcétera. Esto demuestra que la tendencia es a que la industria animal desaparezca, lo que sería una catástrofe para la industria de la carne. INAC está bastante preparada para absorber esa parte, pero tiene más o menos la misma cantidad de problemas que industria animal: no tiene funcionarios. Hoy por hoy, en el Departamento de Tecnología de las plantas frigoríficas, del cual yo soy funcionario, aparece un empleado del INAC para realizar toda la tarea de certificación para el mercado chileno y los funcionarios de tecnología somos los que hacemos la tarea de INAC. Luego INAC fiscaliza la parte final, que sería en el embarque. Entonces, INAC está en las mismas condiciones que está, hoy por hoy, industria animal: sin funcionarios para poder cubrir lo que sería una inspección veterinaria.

El proyecto de la carne de calidad superior lo creó INAC, pero no fue avalado por el Mercado Común Europeo, porque es una institución paraestatal. Por lo tanto, el cometido específico se pasó a Tecnología por ser un área oficial dentro de industria animal.

Hoy por hoy, los funcionarios de Tecnología, aparte de lo que tenemos de Chile, la tipificación de la carne, el Decreto Nº 65/88, que cumplimos estrictamente, etcétera, realizamos muchas tareas; somos treinta y ocho funcionarios en ciento ochenta plantas. En dicho departamento había cinco técnicos responsables por las ciento ochenta y por todo el mercado de la 481. ¿Sabe cuántos hay hoy? Un solo técnico que abarca a todas las plantas del país. Por supuesto que pide colaboración a la Directora de Industria Animal, quien colabora con él, pero es evidente que también el Departamento de Tecnología tiende a desaparecer, porque no ingresan técnicos ni funcionarios. Para nosotros el tema de la 481 se da prácticamente las veinticuatro horas del día, porque se hace la recepción de hacienda, luego las faenas para la carne de calidad superior, el cuarteo de marmolazo de la carne -que se realiza en el corte- y después toda la temática de los embarques, de los cortes, etcétera. Eso nos lleva a una cansancio tremendo. A la vez, colaboramos por falta de personal en industria, con el Departamento de Faena. Eso hace que salgamos de nuestra tarea. Así vamos a terminar todos, porque tiende a desaparecer, así como está sucediendo con inspección veterinaria. Es más, cuando estaban los técnicos se hizo un minucioso estudio sobre el tema del "dressing", y los diez puntos que debe tener fueron sumamente estudiados por los doctores Ramón Cardinales, Daniel Rodríguez y Carlos Munyo y Gastón Nápoles. Ese estudio murió en un cajón en la era de Tapié como Director. Esa era la solución para el tema del "dressing", porque hay que hacer los diez puntos específicos, los demás no, pero eso no se pudo, ya que políticamente no le sirve a las empresas. Por tal motivo es conveniente que todo el poder político sepa que hay cosas que se hicieron pero que no aparecen. El tema de la tercera balanza es una payasada; es más de lo mismo.

SEÑOR CHIESA.- Realmente, tenía la idea de que el tema estaría más enfocado a la salud, por ejemplo a la zoonosis, como muy bien lo planteó el doctor Mangón, a la brucelosis, a la fiebre Q y algunas otras.

Nuestra percepción como médicos es que ese tema ha venido bajando. Sabemos que se realizan más de once mil extracciones de sangre para hoy en día encontrar un seropositivo a nivel de los animales. Creo que antes se hacían mil y se encontraba un seropositivo.

Ahora bien, el problema que ustedes plantean acá es específicamente laboral, pero me deja preocupado, porque la industria de la carne es uno de los pilares fundamentales de nuestro país. Por lo tanto, si tiene estas carencias y exigen a nuestro país el cumplimiento estricto de algunas normas para abrir o cerrar mercados, creo que amerita que llamemos a las jerarquías del Ministerio de Salud Pública responsables, para que nos den una explicación al respecto y ver cuáles son los caminos que seguirán en el futuro.

Lo que quiero plantear concretamente es que se envíe la versión taquigráfica de la sesión de hoy a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y que se las invite a concurrir a esta Comisión para que den algunas respuestas sobre este tema, que nos ha dejado muy preocupados.

SEÑOR MANGÓN.- En realidad, quería referirme a un tema, pero no me animé a hacerlo porque no sabía si algún integrante de la Comisión era médico; me alegra mucho que el señor Presidente lo sea, como así también otros integrantes de esta asesora, porque no quería tocar este tema si no había un médico presente.

El compañero Presidente de nuestro gremio hizo referencia a la carne de calidad, pero esa es una de las paradojas más grandes que he escuchado en mi vida, y el señor Presidente, como médico, lo va a entender. La carne de calidad es producto de un animal colesterólico, porque es engordado en el corral, y no camina. Esto es lo mismo que ocurrió con los huevos de las gallinas criadas en jaulas; esos huevos, como debe saber el Presidente de la Comisión, tienen un alto índice de colesterol, y por eso se decidió que las gallinas debían volver al piso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lamentablemente, debemos levantar la Comisión porque está por comenzar la sesión de Cámara, pero podemos llevar a cabo otra reunión para seguir hablando del tema, ya que es muy interesante.

Entonces, la Secretaria de la Comisión se pondrá en contacto con ustedes para coordinar otra reunión para la semana que viene

Se levanta la reunión.